FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1948

THÈSE

826

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FLEURY René

14 Janvier 1922 — ORAN (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 1948

Contribution à l'étude de nouvelles médications Sclérosantes

(hémorroïdes, varices)

Président : **M. JUSTIN-BESANÇON,** Professeur

L'EXPANSION
SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
ÉDITEUR

1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

FLEURY René

14 Janvier 1922 — ORAN (Algérie)

Présentée et soutenue publiquement le 17 novembre 1948

Contribution à l'étude de nouvelles médications Sclérosantes

(hémorroïdes, varices)

Président : **M. JUSTIN-BESANÇON,** Professeur

L'EXPANSION
SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
ÉDITEUR

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy.

DOYEN

M. Binet (Léon),
Membre de l'Institut

ASSESSEUR

M. Verne (Jean)

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Olivier
Anatomie pathologique	Leroux
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	Gastinel
Biologie médicale	Verne
Chimie médicale	Polonovski
Clinique de cardiologie	Donzelot
Cliniques chirurgicales	Brocq Cadenat Mondor Quénu
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf
Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu
Clinique gynécologique	Mocquot
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine
Cliniques médicales	Bénard (H.) Laroche (G.) Harvier Lian
Clinique médicale propédeutique	P. Valléry-Radot.
Clinique de Neuro-chirurgie	Petit-Dutaillis.
Cliniques obstétricales	Lantuéjoul Lévy-Solal Portes
Clinique ophtalmologique	Velter
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet
Clinique Stomatologique	Dechaume
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque
Clinique thérapeutique médicale	Chabrol
Clinique de la Tuberculose	Bernard (E.)
Clinique urologique	Fey
Embryologie	Giroud
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Bariéty
Histologie	Champy
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin-Besançon
Hygiène et clinique de la première enfance	Cathala
Hygiène et médecine préventive	Joannon
Médecine du Travail	Duvoir
Médecine légale	Piédelièvre
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt (E.)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	Lavier
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire
Pathologie médicale	Moreau
Pathologie et thérapeutique générales	De Gennes

	MM.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD
Physiologie	BINET (Léon)
Puériculture	LELONG

	MM.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Physique médicale	STROHL
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	TURPIN

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

	MM.
Anatomie	CORDIER
Histologie	BULLIARD
Médecine légale	DESOILLE
Physique médicale	DOGNON

	MM.
Parasitologie	GAILLARD
O. R. L.	HALPHEN
Chimie médicale	JAYLE M.
Pharmacologie	Mlle J. LÉVY

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N...
	DELMAS
	N. ff. DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE
	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET
	FASQUELLE
Biochimie médicale	ETTORI
	SCHAPIRA
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS
Histologie	COUJARD
	DESCLAUX
Hydrologie	DEBRAY
Hygiène	BOYER
	DEPARIS
Médecine légale	DEROBERT
Neurochirurgie	PUECH
Neurologie	DE SEZE
Obstétrique	DIGONNET
	MAYER
	SUREAU
	VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN
Parasitologie	BRUMPT, L.-C.
Pathologie chirurgicale	FÈVRE
	HUGUIER
	LÉGER
	MERLE d'AUBIGNÉ.

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI
	PATEL
	ROUX
	RUDLER
	SICARD
Pathologie expérimentale	MERKLEN
Pathologie médicale	BROUET
	CACHERA
	DECOURT
	DREYFUS (Gilbert
	FAUVERT
	GARCIN
	HAMBURGER
	KOURILSKY
	LAMY
	LENEGRE
	MARCHAL
	MAURIC
	SOULIÉ
Pédiâtrie	LAPLANE
	MARIE (J.)
Pharmacologie	CHEYMOL
Physiologie	BARGETON
	PARROT
Physique médicale	DJOURNO
Psychiatrie	BARUK
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET
Urologie	COUVELAIRE (R.)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS

rappelés à l'exercice pour le service des examens

	MM.
Pathologie chirurgicale	BASSET
Obstétrique	BRINDEAU
Clinique chirurgicale	GATELLIER

	MM.
Anatomie pathologique	HUGUENIN
Obstétrique	LE LORIER
	VAUDESCAL

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE DE GAUDART D'ALLAINES FUNCK-BRENTANO MÉNÉGAUX	Clinique médicale	HAGUENAU MOUQUIN
Clinique médicale	BOULIN CHEVALLIER COSTE	Clinique obstétricale	ECALLE LACOMME
		Clinique ophtalmologique ..	RENARD

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... M. LEDOUX-LEBARD

	M.
Secrétaire de la Faculté ...	J. MOREL
Secrétaire Adjoint	Mlle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef .... Dr A. HAHN

Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le Professeur Justin-Besançon

Pour le très grand honneur qu'il nous fait en présidant notre jury de soutenance de thèse.

A NOTRE MAITRE

LE PROFESSEUR AGREGE CH. DEBRAY

Qu'il reçoive l'assurance de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service, pour la documentation abondante et variée qu'il a mis à notre disposition pour l'élaboration de cette thèse.

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE NOUVELLES MEDICATIONS SCLEROSANTES

(HEMORROIDES - VARICES)

INTRODUCTION

Le traitement par les injections sclérosantes aura bientôt un siècle.

C'est en effet en 1851 que PRAVAZ eut l'idée d'injecter dans les varices du perchlorure de fer — en 1875, VALETTE se sert de la liqueur iodotannique — puis la méthode tombe dans l'oubli en raison d'accidents observés. C'est vers 1920 qu'en France elle connaît un nouvel essor grâce aux travaux de SICARD qui met au point l'emploi du salicylate de soude, et de GENEVRIER qui publie en 1922 les résultats obtenus avec la solution de quinine urée.

Par contre l'idée d'injections hémorroïdaires nous est venue des pays Anglo-saxons.

En 1869, MORGAN se sert du persulfate de fer.

En 1871, Colles du perchlorure de fer.

En 1877, MITCHELL fait des injections de Phenol-intrahémorroïdaire.

Là encore la méthode est tombée dans l'oubli par suite de nombreux accidents jusqu'en 1919 où ALBRIGHT met au point une solution de Phenol à 5 %. En France en 1920 les travaux de BENSAUDE font connaître une technique adoptée actuellement universellement ainsi que les résultats obtenus avec la solution de quinine urée à 5 %.

Dans ce travail essentiellement pratique nous nous proposons de faire connaître de nouveaux agents sclérosants qui ne sont pas nés chez nous, et qui sont employés couramment à l'étranger.

Nous envisagerons la question uniquement sous son angle hémorroïdes varices, qui constituent les indications principales de la méthode qui, par ailleurs, a élargi son domaine (hydrocèle — angiomes — hygromes — fissures anales — varicocèle — pleurésie tuberculeuse).

Nous tenons à remercier Monsieur le Professeur agrégé DEBRAY qui nous a documenté sur la question « hémorroïdes » qui relève particulièrement de son domaine.

Nous remercions également Messieurs les Docteurs ARAUD et TESSLER qui nous ont documenté sur les varices.

Nous consacrerons deux parties à notre travail.

Une première partie pour les hémorroïdes dont il nous semble utile de faire un rappel physiopathologique.

Une deuxième partie pour les varices pour laquelle nous suivrons le même plan.

PREMIERE PARTIE

LES INJECTIONS SCLEROSANTES DANS LES HEMORROIDES : EMPLOI DE LA SOLUTION PHENIQUE HUILEUSE A 5 %

PREMIER CHAPITRE

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE BUT DE LA METHODE SCLEROSANTE

Physiopathologie

Les hémorroïdes résultent de la dilatation anormale des anastomoses sous muqueuses unissant les réseaux d'origine de trois systèmes veineux.

Hémorroïdal supérieur, hémorroïdal moyen, hémorroïdal inférieur, tributaires des systèmes porte et cave.

Véritables varices anorectales, elles se développent initialement au niveau des valvules et colonnes de MORGAGNI où on les désigne sous le nom d'hémorroïdes internes.

Si ces dilatations se propagent aux réseaux veineux sous-cutanéo-muqueux sous sphinctérien, elles prennent le nom d'hémorroïdes externes.

Au point de vue histologique, on décrit :

— Dans les petites dilatations, une hyperplasie musculo-élastique de la paroi veineuse.

— Dans les grosses dilatations, un amincissement et une transformation fibreuse de la paroi veineuse.

Elles sont intimement liées à la muqueuse et relativement indépendantes de la musculeuse.

Par ailleurs, la muqueuse est le siège d'inflammation, désignée sous le nom d'anite hémorroïdaire, responsable des symptômes associés des hémorroïdes.

Localisation, on distingue :

Les hémorroïdes internes sous-muqueuses, sus-sphinctériennes ;

Les hémorroïdes externes sous-cutanées-muqueuses, sous sphinctériennes ;

Les hémorroïdes mixtes à prolongement intra-sphinctérien.

Au point de vue étiologique, on distingue :

Les hémorroïdes iodopathiques ;

Les hémorroïdes secondaires.

PATHOGENIE

Deux théories se trouvent en présence.

1°. La théorie mécanique pour laquelle on invoque :

La situation déclive des veines anorectales ;

L'absence de valvules.

L'opinion plus moderne de Kasper Bond et Hoff qui font jouer un rôle essentiel au renversement du courant veineux. Ce reflux porto cave explique l'action des injections sclérosantes dans la technique sus-hémorroïdale.

2°. La théorie inflammatoire. — Pour Quenu, il existe toujours une modification inflammatoire de la paroi veineuse ; phlebo-sclérose généralisée ou infection locale née au niveau des éraillures de la muqueuse.

En fait les deux éléments, mécaniques et infectieux jouent dans la pathogénie des hémorroïdes.

But des injections sclérosantes.

Dans la technique ambulatoire sus-hémorroïdale, on désire:

Réaliser une adhésion entre la muqueuse et la musculeuse destinée :

a) *A rétrécir* le calibre des vaisseaux anastomotiques sous muqueux ainsi que celui des vaisseaux nourriciers des hémorroïdes ;

b) *A fixer* la muqueuse expliquant l'action favorable des injections sur les petits et moyens prolapsus.

DEUXIÈME CHAPITRE

SUBSTANCES CHIMIQUES EMPLOYEES ACTUELLEMENT POUR LES INJECTIONS SCLEROSANTES

1° La Solution quinine urée à 5 %

a) En France la majorité des Proctologues emploient la solution de Chlorydrate de Quinine urée à 5 % en ampoules de 5 cm^3.

La technique en a été mise au point par le Professeur Bensaude en 1920 qui a préconisé son emploi au-dessus des paquets hémorroïdaires. Il s'agit là d'une méthode excellente qui a donné et donne encore de très bons résultats dont font états les publications médicales.

b) Cependant la méthode présente des inconvénients :

— Du fait du nombre de séances ;

— Des incidents et complications observées.

1) *Nombre de séances*

Il faut 6 à 8 séances en moyenne séparées par un intervalle de 7 jours, et à partir de la 6^{me} séance un intervalle de 15 jours.

2) *Incidents observés.*

Ils sont locaux et généraux,

a) Accidents locaux :

1°. Les hémorragies. — Précoces, le plus souvent insignifiantes, — tardives liées le plus souvent à une escarre — plus importantes nécessitant parfois une transfusion.

Elles cèdent le plus souvent après un tamponnement.

2°. Les escarres. — Généralement de petite taille dont la symptomatologie se traduit par les hémorragies tardives avec tendance syncopale.

b) Incidents généraux :

Mais ces incidents locaux ne suffisent pas à jeter le discrédit sur la méthode sclérosante en général. Au contraire les incidents généraux observés constituent le principal danger des injections de quinine urée à 5 %. Ils résultent d'une intolérance du malade à la quinine — c'est une règle formelle pour le médecin praticien de la rechercher par l'interrogatoire et d'en connaître les symptômes.

Immédiatement après l'injection ou peu de temps après, on peut observer un tableau général alarmant avec pâleur, tendance syncopales, bourdonnements d'oreille, sueurs froides.

Voici l'observation d'un malade qui nous a été obligeamment prêtée par M. le Professeur agrégé Debray.

« Il s'agit d'un homme de 32 ans venu consulter pour hémorroïdes de date récente dont la symptômatologie se borne à des douleurs anales (surtout nocturnes).

Une injection de 4 cm^3 de quinine urée à 5 % est pratiquée dans les jours qui suivent. Le malade devient immédiatement rouge, a des sueurs froides, ressent des picotements sous la peau, dix minutes plus tard le malade est devenu pâle, a une perte de connaissance de quelques instants, présente ensuite des nausées et vomissements.

3/4 d'heure après, apparaît un tremblement généralisé. 7 h. 1/2 après, de nombreux vomissements bilieux. Le pouls qui était jusque-là très faible est devenu meilleur ; au bout de 2 heures le malade est ramené chez lui en ambulance, et se remet rapidement de cet incident ».

Par ailleurs, on signale comme accidents possibles dans les heures qui suivent l'injection :

— L'apparition de poussée fébrile ;

— De troubles visuels pouvant aller jusqu'à la cécité complète ;

— De troubles auditifs à type de vertiges — bourdonnement d'oreille ;

— De dermatose à type d'urticaire ou d'œdème de quincke.

Enfin on sait que l'emploi de la Quinine urée est formellement contre-indiquée chez la femme enceinte.

2°. **Nous passerons rapidement** sur d'autres produits chimiques, qui, malgré quelques résultats encourageants obtenus, ne sont pas entrés dans la pratique courante en France.

— Glucose à 50 % dans l'eau distillée — 1 cc à chaque injection par semaine — il s'agit d'une substance dépourvue d'action toxique générale que l'on peut recommander chez les vieillards et tarés.

— Alcool à 96° en une seule séance après extériorisation des hémorroïdes de plus en plus abandonnée en raison des escarres provoquées.

— Le salicylate de soude à 39 % donne également des escarres.

3°. **Les solutions huileuses phéniquées.** — Rappel historique.

Leur emploi remonte à 70 ans — les Anglo-saxons en sont les promoteurs. On peut, en fait, distinguer 3 périodes dans l'histoire de leur emploi.

1°. *La période de découverte.* — En 1871 ou 1877 selon les auteurs Mitchelle, de Clinton emploie des solutions phéniquées fortes à 50 % qu'il injecte dans les paquets hémorroïdaires.

— En 1888 Swinfold Edwards introduisit la méthode d'injections intra-hémorroïdaires aux moyens de petites doses d'acide phénique à 20 % diluée dans la glycérine et l'eau distillée.

— D'autres solutions phéniques très fortes à 80 % et

même 100 % sont employées à la même époque, provoquant des accidents graves à type d'hémorragies, d'escarres, et font oublier la méthode.

2°. *La période d'oubli.* — De 1877 à 1918 où la méthode a été abandonnée en raison des accidents observés.

3°. *La période de rénovation.* — En 1909, ALBRICHT utilise sa solution d'acide phénique à 5 % dans l'huile végétale.

En 1927, MORLEY en Angleterre fait connaître la méthode — vers la même époque en France, BENSAUDE essaye avec succès les solutions phéniquées huileuses à 5 % avec la technique qu'il a mis au point.

Actuellement les solutions phéniquées huileuses sont employées couramment dans les pays Anglo-saxons et se répandent en France.

Nous nous proposons dans ce travail, de présenter quelques conseils et observations relatives à cette méthode.

TROISIEME CHAPITRE

ETUDE PRATIQUE DE L'EMPLOI DE L'ACIDE PHENIQUE A 5 % EN SOLUTION HUILEUSE

Les essais pratiqués depuis un an dans le service du Docteur DEBRAY ont porté sur une centaine de cas.

La formule de la solution utilisée est la suivante :

Acide phénique pur	0,59 g.
Menthol naturel	0,05 g.
Huile d'olives neutralisée q. s. p.	10 cc.

On trouve dans cette formule l'acide phénique, qui est l'agent principal de la sclérose, en combinaison avec le menthol, qui est un anesthésique local — cette combinaison se retrouve d'ailleurs dans le mélange de BONAIN, employé couramment pour l'anesthésie des muqueuses.

a) Indications et contre-indications

1°. INDICATIONS

Ce sont celles de la méthode sclérosante :

Les hémorroïdes du premier degré qui se manifestent par des hémorragies essentiellement, des douleurs passagères dont on attendra la cessation, du prurit anal.

Les hémorroïdes du deuxième degré avec petit ou moyen prolapsus qui se réduit spontanément.

— Les malades qui ne peuvent subir sans danger une intervention chirurgicale (sujets âgés, tarés, diabétiques, tuberculose, troubles de la crase sanguine).

Les indications plus particulières intéressent :

1°) Les récidives post-opératoires, le malade se refusant d'accepter une nouvelle intervention ;

2°) Les sujets intolérants à la quinine, les sujets atteints de névrite optique, rétinite ;

3°) Cas particulier de la femme enceinte qui présente une hémorragie due à une hémorroïde et pour laquelle l'injection de quinine doit être proscrite ;

4°) Cas où les premières injections de quinine-urée sont inefficaces.

2° Contre-indications

Elles sont nombreuses, ce sont celles de tous les produits sclérosants.

— *Les hémorroïdes externes.* Il ne faut jamais scléroser des hémorroïdes externes ou des marisques. Par contre, s'il existe des hémorroïdes internes associées, la présence d'hémorroïdes externes n'est pas une contre-indication à la sclérose des hémorroïdes internes.

— *Les fistules* et suppurations anales.

— *La thrombo-phlébite* hémorroïdaire et l'étranglement hémorroïdaire.

— La fissure est une contre-indication temporaire, on doit d'abord traiter la fissure (injection d'huile anesthésique ou mise à plat) puis les hémorroïdes.

— *Grossesse* sauf dans le cas indiqué plus haut, les hémor-

roïdes de la femme enceinte disparaîtront toutes seules après l'accouchement.

— *Les hémorroïdes du troisième degré* avec prolapsus ne rentrant plus spontanément. Cette contre-indication n'est pas admise par tous les auteurs.

— *Polypes.*

— *Lésions cardio-hépato-rénales avancées.*

Il faut insister sur le fait que l'âge n'est pas une contre-indication. Nous avons vu des sujets de plus de 70 ans supporter le traitement sans accidents et être soulagés d'une manière définitive.

3° Cas ou la sclerose est inutile

Les hémorroïdes symptomatiques d'un cancer du rectum, d'un rétrécissement ou d'une dysenterie susjacente.

b) Technique employée pendant un an

I — Examen prealable du sujet

Il va sans dire qu'un examen clinique rigoureux doit toujours précéder le traitement sclérosant.

L'interrogatoire du sujet portera sur son âge, sa profession, chez la femme l'éventualité d'une grossesse.

Les caractères des symptômes seront soigneusement notés ;

Caractère des hémorragies, leur abondance, les douleurs :

Les antécédents à type de crise hémorroïdaire ;

Les signes associés, glaires, pus, prurit.

On s'efforcera de classer ces hémorroïdes :

1°. Degré — à signes purement fonctionnels ;

2°. Degré — avec prolapsus qui se réduit spontanément ;

3° Degré — le prolapsus ne rentre plus spontanément.

Chez un sujet âgé on recherchera des signes assez particuliers — faux besoins — ténesmes accompagnées de cons-

tipation que feront suspecter un cancer du rectum — aux termes de cet interrogatoire deux gestes s'imposent : le toucher rectal et la rectoscopie.

Toucher rectal. — On note d'abord s'il n'existe pas de fissure, de prurit.

Un toucher rectal doux permet ensuite de diminuer le spasme et d'apprécier la tonicité sphinctérienne.

On ne sent pas normalement les hémorroïdes internes à moins qu'elles ne soient thrombosées.

On explore ensuite l'ampoule rectale pour rechercher l'existence éventuelle de lésions bourgeonnantes, de rétrécissement.

Rectoscopie. — Elle recherchera également l'existence de lésions sus-jacentes, d'anorectite hémorroïdaire.

II — Matériel employé

L'injection est pratiquée à l'aide d'une seringue de 10 cm³ munie d'un embout de 10 ou 12 cm sur lequel est adaptée une aiguille d'un centimètre à biseau long et à lumière de 8/10.

III — Technique de l'injection

Le but de l'injection est d'introduire le liquide sclérosant à environ 3 cm au-dessus du paquet, et non pas dans le paquet lui-même.

L'injection doit être faite en muqueuse saine, être indolore.

Si elle est douloureuse, c'est que l'injection a été faite :

— trop superficiellement,

— trop profondément,

— trop basse (au-dessous de la ligne anorectale),

— trop rapidement,

— en trop grande quantité.

La muqueuse prend un aspect œdématié et rose pâle, et peut présenter des stries blanches sur toute sa surface.

Si la muqueuse devient complètement blanche, il faut arrêter l'injection, car l'aiguille n'a pas été assez enfoncée.

Si au contraire la boule d'œdème n'apparaît pas, c'est que l'injection a été faite trop profondément.

Il est bon de laisser l'aiguille en place quelques instants

après l'injection. En retirant l'aiguille, il peut être utile de déposer sur le point injecté quelques gouttes de la solution sclérosante afin d'arrêter ou de réduire l'hémorragie.

IV — Doses a injecter. Nombres de séances

1° *Doses recommandées par les auteurs anglais :*

1re séance : 9 cm³, en 3 injections de 3 cm³ au-dessus de chaque paquet ;

2e séance : 9 cm³, — —

3e, 4e séances : 9 cm³, — —

Généralement trois séances suffisent, à intervalles de 15 jours.

2° *Doses employées au cours des essais :*

1re séance : 6 cm³, en 3 points sus-hémorroïdaires pour tâter la susceptibilité ;

2e, 3e séances : 8 cm³, en 3 points sus-hémorroïdaires pour tâter la susceptibilité.

intervalles de 8 à 15 jours entre chaque séance.

Les injections sont faites dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le cadran postérieur droit, trois séances suffisent en général.

On peut, comme le conseille Anderson's, recommander au malade qui a une vie sédentaire d'éviter un travail ou exercice pénible pendant 2 à 3 jours, lui conseiller de réduire le prolapsus hémorroïdaire, s'il se produit par contre il est inutile de constiper le sujet dans les heures qui suivent l'injection.

V — Effets locaux et généraux des injections

1° *Effets locaux des injections :*

Effets normaux. — Le lendemain de la première séance le doigt peut discerner une petite zone d'excroissance molle.

Si cette excroissance est trop dure, on doit attendre qu'elle soit devenue plus souple pour continuer le traitement (Hayes H. T.).

Le malade peut accuser une sensation de pesanteur anale.

A la fin des trois séances la région traitée doit être dure. La lumière de l'intestin est temporairement réduite.

Effets anormaux. — Sont signalés dans les ouvrages anglais (Footes).

— Les hémorragies en général peu importantes cédant au tamponnement local ;

— Des abcès très rares ;

— Des escarres si l'injection est trop superficielle ou la quantité injectée trop importante ;

— Fistules — abcès de la fosse ischio-rectale ;

— Des fissures à la suite de l'introduction brutale de l'anuscope ;

— Des prolapsus si l'injection est faite dans les hémorroïdes ;

— Des huilomes et sténoses cicatricielles.

En fait, tous ces incidents résultent d'une faute de technique, sauf peut-être les deux derniers. Il n'a pas été remarqué au cours des essais aucun des incidents signalés ci-dessus.

2° *Effets généraux des injections :*

La toxicité générale de produit peut être considérée comme nulle. Il n'a jamais été observé aucun accident de vertiges, bourdonnements d'oreille, syncopes que l'on observe assez souvent après les injections de chlorydrate de quinine urée. C'est là un avantage essentiel dans une méthode de traitement ambulatoire, au cours duquel le malade vaque à ses occupations journalières.

QUATRIEME CHAPITRE

RESULTATS OBTENUS PAR L'EMPLOI DE LA SOLUTION HUILEUSE PHENIQUEE A 5 %

Nous voulons, dans ce présent chapitre, présenter quelques observations suggestives — elles se rapportent à des hémorroïdes du premier degré ou des hémorroïdes du 2me degré avec petit et moyen prolapsus.

Hémorroïdes du premier degré

Madame S... — A constaté la présence de sang dans ses selles depuis 6 mois — accuse des sensations de pesanteur, parfois « d'éclatement » — très constipée, habituée de l'huile de paraffine, une selle tous les deux jours.

La Rectoscopie est normale jusqu'à 25 cm.

L'anuscopie montre l'existence d'hémorroïdes franches congestives petites.

Au cours de la première séance, on pratique deux injections de 3 cm^3.

Les hémorragies diminuent.

Deuxième séance, 3 injections de 2 cm^3 ;

Troisième séance, 4 injections de 2 cm³.

Depuis ce traitement institué en novembre dernier, la malade n'accuse plus aucun symptôme.

Madame C... 23 *ans.* — Hémorroïdes développées il y a deux ans à l'occasion d'une grossesse, se manifestent par des hémorragies de sang rouge, des douleurs quand elle va à la selle.

La rectoscopie est normale jusqu'à 25 cm.

L'anuscopie montre l'existence d'hémorroïdes de moyen volume.

1re séance, 3 injections de 1,5 cm³ ;

2me séance, 3 injections de 1,5 cm³.

Les hémorragies et les douleurs cessent et n'ont pas réapparu depuis.

Madame P..., 50 *ans.* — Présente des hémorroïdes depuis 2 ans.

Une fissure en 1947, guérie actuellement ;

Un prolapsus intermittent pendant 2 jours ;

Une crise hémorroïdaire : une fois par mois.

Actuellement vient consulter essentiellement pour hémorragies importantes. La rectoscopie est normale jusqu'à 20 cm.

On institue le traitement sclérosant.

1re séance, 3 injections de 2 cm³. Les hémorragies cessent.

2me séance, 3 injections de 1 cm³ ;

3me séance, 3 injections de 1 cm³.

Depuis cette époque, ne présente plus aucun symptôme.

Les observations présentées ci-dessus montrent l'existence de résultats constants dans les hémorroïdes qui saignent.

Les douleurs constituent une contre-indication temporaire de la méthode sclérosante — on doit toujours combattre les phénomènes inflammatoires avant d'instituer le traitement sclérosant. — L'observation suivante en est un exemple.

Madame P. P..., 43 *ans.* — Présente des douleurs quand elle va à la selle.

La rectoscopie est normale jusqu'à 16 cm.

L'anuscopie montre l'existence d'un bourrelet congestif entre 2 et 6 heures.

On attend un peu avant d'instituer le traitement.

1re séance, 3 injections de 2 cm³ ;

2me séance, 4 injections de 2 cm³ ;

3me séance, 4 injections de 2 cm³.

Amélioration fonctionnelle très nette, les douleurs ne sont pas réapparues depuis.

Les hémorroïdes du 2me degré

avec petit et moyen prolapsus réagissant également bien au traitement sclérosant

Monsieur C..., homme de 51 ans. — A présenté un épisode diarrhéique il y a 8 jours.

Des hémorragies il y a deux jours.

La rectoscopie est normale jusqu'à 15 cm.

L'anuscopie montre des hémorroïdes avec un prolapsus à 10 heures dont le malade connaît d'ailleurs l'existence.

Le traitement sclérosant est institué.

1re séance, 2 injections de 2 cm³, 1 de 3 cm³ ;

2me séance, 3 injections de 2 cm³, 1 de 1 cm³.

Très bon résultat, disparition des hémorragies et du prolapsus.

Monsieur D..., 52 ans. — Présente des hémorroïdes de moyen volume, des douleurs à la défécation.

La rectoscopie est normale jusqu'à 15 cm, tonicité sphinctérienne bonne.

Un traitement sclérosant est institué :

1re séance, 3 injections de 2 cm³ ;

2me séance, 3 injections de 3 cm³.

Il existe déjà une amélioration fonctionnelle.

3me séance, 3 injections de 2 cm³ ;

4me séance, 3 injections de 2 cm³.

Le prolapsus disparaît. Le traitement ambulatoire a duré un mois.

Nous voulons enfin présenter une observation de récidive par le traitement de chlorydrate de quinine urée guérie par la solution phéniquée huileuse à 5 %.

Madame L..., 48 *ans.* — *En octobre* 1945 vue pour la première fois, hémorroïdes s'étant manifestées, il y a deux ans par des douleurs, des hémorragies.

Depuis 15 jours, hémorragies.

La rectoscopie est normale jusqu'à 25 cm.

On entreprend un traitement avec la solution de chlorydrate de quinine urée à 5 %.

5 séances avec 5 cm³ à chaque fois.

En octobre 1947. Récidive douleurs, hémorragies.

On essaye la solution phéniquée à 5 %.

1re séance, 1 injection de 3 cm³, une de 2 cm³ ;

2me séance, 4 injections de 2 cm³, une de 1 cm³.

La malade va bien, les hémorragies ont cessé.

Accidents locaux observés

Les accidents locaux ont été à peu près nuls, 3 ou 4 escarres ont été observées au point d'injection. Ces escarres n'ont donné lieu à aucun trouble fonctionnel important, pas d'hémorragie, pas de douleurs anales.

Les escarres étaient peu étendues, peu profondes, sans bourrelet inflammatoire — il n'y a jamais eu d'hémorragie — pas de douleur pendant l'injection — quelquefois une certaine pesanteur anale, mais pas de douleur vraie.

Toxicité générale

Nulle — deux ou trois malades ont été fatigués dans l'après-midi qui a suivi la piqûre — mais il n'y a jamais eu d'accident du type quinidique.

L'activité sclérosante

S'est montrée comparable à celle du chlorydrate de quinine urée, mais elle est plus rapide, et c'est là son avantage.

En moyenne 3 ou 4 séances suffisent alors qu'il en faut 6 à 8 avec le chlorydrate de quinine urée.

Nous voudrions pour terminer ce chapitre donner les résultats des cas traités pendant 5 ans à l'Hôpital St-Mark de Londres.

Hémorroïdes du 1er degré, 98,5 % de guérison.

Hémorroïdes du 2me degré, 68 % de guérison.

Des récidives ont eu lieu de 4 mois à 4 ans après la fin du traitement.

Hémorroïdes du 3me degré, 31 % de guérison.

Il ne nous a pas été donné d'observer des récidives puisque le début des essais remonte à un an. Cependant il semble qu'il y ait intérêt à prévenir le malade de possibilités de récidives si l'on se trouve en présence d'hémorroïdes du 2me degré (Curtiss Resser).

Conclusions

La solution huileuse d'acide phénique à 5 % est intéressante :

1°. Parce qu'elle donne de très bons résultats dans le traitement des hémorroïdes. Ces résultats sont plus rapides que ceux obtenus par les injections de chlorydrate de quinine urée à 5 %.

2°. Parce qu'elle ne donne pas d'accidents locaux ou généraux — cette absence d'accidents généraux représentant son avantage essentiel.

3°. Enfin, elle présente les avantages de la méhode sclérosante en général, absence de mortalité, traitement ambulatoire, pas d'anesthésie, soulagement immédiat, suppression rapide des hémorragies, économie. En résumé il s'agit d'un traitement à la portée de tout praticien.

Les récidives observées peuvent en fait s'expliquer par deux raisons (R. Footes).

1°. Les malades interrompent leur traitement dès qu'ils se sentent mieux.

2°. Les médecins praticiens ne font pas toujours un traitement suffisamment long.

DEUXIEME PARTIE

LES INJECTIONS SCLEROSANTES DANS LES VARICES

PREMIER CHAPITRE

RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUE BUT DE LA METHODE SCLEROSANTE

Physiopathologie

Les varices sont des dilatations veineuses superficielles dues à *l'altération de leurs parois* amenant un défaut de tonicité et de contractilité veineuses, associées à *une insuffisance valvulaire et développées* essentiellement sur le trajet des veines saphènes internes et externes.

I. — L'altération des parois veineuses révèle histologiquement :

Au début. — Un épaississement de la paroi par hyperplasie de la couche musculo-élastique. Un début de sclérose interfasciculaire de la tunique moyenne.

Plus tard. — Une sclérose complète de la paroi avec disparition du squelette musculo-élastique.

On signale également que l'endoveine est altérée dans les varices anciennes ; il y a infiltration calcaire.

II. — L'insuffisance valvulaire joue également un rôle capital dans la pathogénie des varices. Le mémoire fondamental de Tredelenbourg en 1890 a fixé le type spécial dse varices de la saphène interne par insuffisance valvulaire. Pierre DELBET

précise par la suite le rôle essentiel des valvules dans la circulation veineuse du membre inférieur en montrant l'existence d'une segmentation de la longue colonne sanguine qui va du système cave aux orteils.

L'altération des parois et l'insuffisance valvulaire sont donc des phénomènes constants que l'on retrouve dans l'étude des varices et doivent faire partie de leur définition.

On invoque également de nombreux autres facteurs étiologiques.

Etiologie

Des troubles endocriniens. Sicard insiste sur les corrélations qui existent entre le sympathique périveineux et certaines hormones.

« Certaines hormones maintiennent la tonicité des parois veineuses par l'intermédiaire du sympathique péri et endoveineux agissant sur les fibres musculaires lisses ».

Les hormones hypophysaires et ovariennes semblent jouer un rôle des plus nets — Pierre Marie a signalé que les acromégales ont une tendance variqueuse prononcée — les varices de la femme enceinte revêtent un tableau plus hormonal que mécanique.

On voit souvent s'installer des varices au moment de la puberté ou de la ménopause.

Le facteur hormonal joue ainsi un rôle assez important dans la pathogénie des varices.

On invoque également dans l'étiologie des varices :

— Une dystrophie veineuse congénitale généralisée, avec varices, hémorroïdes, varicocèle, ptoses diverses.

— Les professions où la station debout est fréquente.

Il est surtout important pour le médecin qui s'apprête à scléroser les varices, de rechercher les lésions acquises à la suite de maladies infectieuses (typhoïde, grippe, phlébite) ou d'intoxication pour lesquelles on discutera l'opportunité du traitement.

Il nous semble utile de rappeler ici que, les varices par

compression telles que celles qui sont développées au voisinage d'un col de fracture ne sont pas de vraies varices car il y a hypertension veineuse, le sang chemine rapidement à leur intérieur. Cette circulation veineuse ne doit pas être supprimée. Il ne faut pas sclérosér de telles varices.

But de la méthode sclérosante

Suppression d'un système qu'on ne peut restituer fonctionnellement et dont la présence entraîne l'apparition des troubles divers observés.

Ce que l'on cherche en fin de compte c'est « restaurer la nutrition et la motricité du membre variqueux par suppression d'un organe ». (GERSON).

Il nous semble utile de rappeler l'anatomie pathologique des injections sclérosantes que nous a décrit SICARD.

L'auteur insiste sur le fait que la veinite caustique que l'on crée par irritation chimique de l'endothélium n'a rien de commun avec le processus de phlébite que l'on observe dans les veines profondes.

La veinite caustique résulte d'une inflammation chimique de l'endothélium qui réagit par la formation d'un thrombus solide, adhérent.

Dans certains cas à cette endoveinite caustique peut s'associer une périveinite plus ou moins douloureuse et inflammatoire.

La phlébite au contraire siège essentiellement aux vaisseaux profonds. C'est une « irritation » le plus souvent infectieuse de l'endothélium qui s'étend de proche en proche. Il y a formation de caillots libres flottant dans la masse sanguine, donnant souvent des embolies pulmonaires.

Il nous apparaît ainsi que les injections sclérosantes ne donnent pas d'embolie et ne peuvent en donner. Les morts subites que l'on a observé avec certains produits relèvent d'un autre mécanisme.

DEUXIEME CHAPITRE

PRODUITS SCLEROSANTS
EMPLOYES ACTUELLEMENT EN FRANCE

La méthode sclérosante des varices a pris son réel essor à partir de 1920. En 1916, Sicard remarque que les produits arsenicaux hypersodiques employés chez les syphilitiques amenaient une oblitération des veines injectées sans douleurs, ni œdème. De là son idée d'employer les solutions sodiques. Le premier produit qu'il essaya fut le carbonate de soude qui produisit malheureusement beaucoup d'escarres. Il l'abandonna pour le salicylate de soude à 20, 30 ou 40 %.

En 1922, Genevrier publie les résultats obtenus avec la solution de quinine urée.

En 1925, Montpellier et Lacroix d'Alger essayent avec succès la solution de biiodure de mercure — d'autres produits chimiques sont entrés dans la pratique courante en France.

La solution iodoiodurée (iode, 1 gr.; iodure de sodium, 2 gr.; eau distillée, 100 cm^3) est employée avec succès, la solution de glucose à 66 %. Actuellement les recherches se poursuivent, de nombreux agents sclérosants naissent en France et à l'étranger.

Les produits énumérés ci-dessus ne sont pas inoffensifs.

Le Salicylate de soude est redouté des malades à cause

des crampes qu'il donne immédiatement après l'injection. Il a plus de tendance à donner des periveinites précoces (Sicard) est capricieux dans ses effets. Il est contre-indiqué chez les albuminuriques. Par ailleurs, on a observé des accidents généraux à type de vertiges, tendances syncopales, vomissements, urticaire.

Il donne des escarres si l'on injecte à côté de la veine.

La solution de quinine urée donne des résultats plus constants et jouit d'une grande faveur en France. Son injection n'est pas douloureuse, mais elle donne des escarres. On observe les accidents généraux de l'intolérance à la quinine, certes moins fréquemment que dans la sclérose hémorroïdaire, mais qui font limiter son emploi. On doit proscrire son emploi :

— Chez les malades qui ne supportent pas normalement les sels de quinine.

— Chez les femmes si on soupçonne un état de grossesse.

Le Biiodure de mercure n'est pas beaucoup employé à l'heure actuelle.

Au lendemain de son emploi apparaît une douleur locale qui persiste (Sicard). Il a de plus tendance à donner des veinites ascendantes ainsi que des escarres souvent douloureuses.

Son emploi paraît être particulièrement indiqué pour un ulcère de jambe dont on soupçonne une origine syphilitique.

La Solution iodo iodurée empêche de distinguer le reflux de sang dans la seringue.

De plus elle est contre-indiquée chez les tuberculeux pulmonaires.

Les Solutions glucosées à 66 % contre-indiquées chez les diabétiques ou simplement les « glycémiques » donne des réactions plus violentes par temps chaud.

Nous voudrions dans ce présent paragraphe attirer l'attention sur les « solutions savonneuses » (Dickson Wright) employées en Angleterre et en Amérique depuis vingt ans.

En 1930, PP. Kittel et Twistington Haye publient les ré-

sultats obtenus avec le *morrhuate de soude*. Le morrhuate de soude est un sel de « l'acide morrhuique » qui est lui-même un mélange d'acides gras non saturés du foie de morue. Les résultats furent encourageants. Le morrhuate de soude est employé encore couramment principalement en Amérique.

Mais ce sel présente des inconvénients graves en dehors de ses avantages certains qui sont l'absence des douleurs lors de l'injection, l'absence d'escarres.

C'est un produit capricieux dans ses effets. Cela s'explique fort bien par la complexité des produits qui entrent dans sa composition. Thomas Glaser a pu dire que « la composition du morrhuate de soude n'est jamais la même dans deux ampoules différentes ». D'autre part, on a bien souvent une réponse tardive quelquefois un mois après l'injection.

Les accidents cutanés du type anaphylactique observés, le collapsus parfois mortel constituent des inconvénients plus graves. On observe en effet :

— Des réactions d'urticaire parfois géante ;

— De l'eczéma ;

— Des sacralgies.

Jordan pense que les réactions cutanées observées viennent d'une erreur technique, et qu'on a injecté de la solution en dehors de la veine.

Il déclare que 50 % des sujets soumis à une intra-dermo-réaction faite avec des solutions savonneuses diluées, présentent au point d'injection des réactions cutanées du type de celles observées avec le morrhuate de soude.

Qu'il y ait ou non injection extra-variqueuse la complexité chimique du morrhuate de soude suffit à expliquer les accidents observés et en a fait de plus en plus abandonner l'emploi.

C'est à cet inconvénient majeur que les chimistes anglais se sont attaqués de 1930 à 1938 et ont fait la synthèse d'une solution simple d'acides gras : *l'oléate de monoethanolamine*.

En 1937 et 1938, Biegeleisen, Meyer, Glasser décrivaient les résultats observés avec l'oléate de monoethanolamine.

TROISIEME CHAPITRE

UN NOUVEAU SCLEROSANT VARIQUEUX

L'OLEATE DE MONOETHANOLAMINE

L'oléate de monoethanolamine, que l'on stabilise par l'alcool benzylique, est un corps parfaitement défini du point de vue chimique.

$$C_{17}\ H_{33}\ COONH_3 - CH_2 - CH_2\ OH$$

On y retrouve la formule de l'acide oléique et celle d'une base organique : le « mono ethanol amine ».

Sa solution de couleur ambre pâle, parfaitement stable, reste limpide et conserve indéfiniment ses propriétés sclérosantes.

Propriétés pharmacologiques

L'étude expérimentale chez le lapin a montré que sa toxicité est inférieure à celle des sclérosants habituellement utilisés.

MEYER cite : Que la dose minima mortelle chez le lapin est de 130 mg. par kg pour l'oléate de monoethanolamine,

alors qu'elle est de 120 à 125 mg par kg pour le morrhuate de soude.

L'injection pratiquée dans la veine de l'oreille du lapin en provoque rapidement la sclérose.

L'étude pratiquée chez le cobaye montre que l'oléate de monoethanolamine ne provoque pas de phénomènes allergiques.

Effets de l'injection d'oléate de monoethanolamine

1° *Effets normaux.* — Dans les heures qui suivent on obtient une sclérose souple et solide de la varice injectée. Voici la statistique de MEYER portant sur 320 cas et donnant la longueur moyenne du segment sclérosé à l'aide de 2 à 3 cm^3 de produit.

Non notés	3
Classe 0 : pas de thrombose	21
— *1 :* thrombose de 1/2 pouce (12 mm)	1
— *2 :* thrombose de 1/2 à 2 pouces (1 cm, 2 à 5 cm)	234
— *3 :* thrombose à 2 pouces (5 cm)	16
— *4 :* veinite ascendante.	

L'étude de ces résultats montre que la longueur moyenne de la sclérose obtenue est de 5 cm pour une dose de 2 cm^3 de produit.

Le nombre d'échecs est minime.

Celui des veinites ascendantes pratiquement inexistant.

2° *Effets anormaux. — Avantages.* — Les effets anormaux sont nuls.

Il ne provoque jamais de crampes douloureuses immédiatement après l'injection, c'est un gros avantage sur le salicylate de soude.

Il n'occasionne ni phénomènes anaphylactiques ni phénomènes d'intolérance. C'est là son avantage sur le morrhuate de soude et sur la solution de quinine urée à 5 %. BIEGELEISEN déclare que l'oléate de monoethanolamine doit être rangé au

point de vue de sa valeur sclérosante aux côtés de la quinine urée, et qu'il présente en outre sur elle l'avantage suivant :

On peut arriver au volume de 5 cm^3 par séance sans le dépasser, alors qu'avec la quinine urée on ne peut dépasser 2 à 3 cm^3.

Injecté accidentellement dans le tissu périveineux, l'oléate de monoethanolamine ne cause ni douleur ni escarre. C'est là son avantage essentiel sur la majorité des autres produits sclérosants.

Il permet ainsi d'établir un traitement ambulatoire et de traiter le malade sans interrompre ses occupations.

Enfin il ne laisse pas de pigmentations inesthétiques sur les trajets veineux.

QUATRIEME CHAPITRE

ETUDE PRATIQUE
DE L'EMPLOI DE L'OLEATE DE MONOETHANOLAMINE
DANS LA SCLEROSE DES VARICES

Les varices sont très fréquentes. — La guerre a permis de dresser des statistiques de cette affection veineuse. — C'est ainsi que 10 % des malades admis dans les hôpitaux militaires anglais y venaient pour varices ou complications de varices.

Meisen a relevé dans un groupe de jeunes militaires danois 17 % de sujets porteurs de varices.

Le sexe féminin est plus souvent atteint que le sexe masculin et il faut compter que 25 % des femmes ont des varices.

Le traitement de cette affection a longtemps été négligé ou abandonné en raison de son inefficacité, jusqu'au jour où la méthode sclérosante a été introduite en thérapeutique.

Mais les produits utilisés, que nous avons passé en revue, étaient ou d'une efficacité insuffisante ou provoquaient des réactions locales ou générales. Ces accidents s'expliquent :

— par l'ignorance de la susceptibilité veineuse du malade :

chaque malade a une manière propre de réagir ou non à l'action d'un agent sclérosant ;

— par une technique insuffisante.

C'est pourquoi nous ferons un rappel des différentes méthodes proposées que nous avons vu pratiquer dans les hôpitaux de Paris. — Enfin, il faut le dire, la production d'escarres provient d'une erreur de technique d'une injection extra-variqueuse.

Grâce à l'introduction de l'oléate de monoethanolamine, le traitement des varices devient une opération banale et courante à la portée du médecin-praticien. — Les accidents locaux et généraux n'existant pas.

Réservant le traitement médical (bandages, bas à varices, botte de Unna) aux cas où il y a contre-indication de la méthode sclérosante, il nous a semblé après une expérience d'un an dans les services spécialisés des hôpitaux de Paris, que l'emploi de l'oléate de monoethanolamine constituait un progrès sérieux de la sclérose variqueuse en général.

Indications et contre-indications

1) Tous les états variqueux depuis les grosses varices ampallaires, sacculaires, en tête de méduse, jusqu'aux télangiectasies.

— *Les varices hémorragiques.* — Ce sont là des varices compliquées ; on les reconnaît par la présence sur un cordon variqueux d'un « point noir surmonté d'une croutelle » (Sicard). — C'est là que va se faire une hémorragie indolore par la rupture de la saillie ecchymotique.

Parfois est réalisé un tableau de « maladie hémorragique variqueuse » avec des points noirâtres multiples.

L'injection d'oléate de monoethanolamine au voisinage immédiat des points hémorragiques évite les accidents de rupture, et constitue dans ce cas un traitement d'urgence très efficace.

— *Les varices qui résistent* à d'autres agents sclérosants.

— *Les récidives.*

— *L'eczéma variqueux :* complication courante des varices est justiciable d'un traitement associé aux injections scléro-

santes. Il faut traiter d'abord l'eczéma, rechercher une insuffisance rénale ou hépatique, prescrire un régime végétarien. Ce n'est qu'après que l'on sclérose les varices satellites. Il faut signaler qu'il est parfois très difficile de déceler et reconnaître les varices sous les squasmes.

— *L'ulcère variqueux.* — Il faut d'abord éliminer d'une manière formelle la syphilis, au besoin par l'instauration d'un traitement d'épreuve.

Nous empruntons à Sicard les indications particulières de sclérose des ulcères variqueux.

— Les ulcères ayant débuté par un placard prurigineux ou d'eczéma variqueux.

— Les ulcères consécutifs à l'ouverture à la peau d'un noyau de veinite variqueuse suppurée.

— Les ulcères de la région malléolaire.

On doit scléroser toutes les varices accessibles du membre atteint, et particulièrement celles qui sont aux alentours de l'ulcère.

L'épreuve de la chiquenaude prend une valeur considérable en permettant de retrouver parfois la varice « responsable ».

Il est bien entendu que l'ulcère variqueux doit avoir son traitement habituel — pansements antiseptiques, repos complet ou au contraire traitement ambulatoire par la botte d'Unna ou bande élastique, car les injections sclérosantes mettent à l'abri des récidives mais ont moins d'action sur les lésions déjà constituées.

C'est pourquoi il nous semble que le traitement combiné, habituel et sclérosant peut être réalisé de la manière suivante: combattre l'infection par des applications antiseptiques, en même temps qu'injection de varices éloignées de l'ulcère, et repérées par le signe de la chiquenaude.

Dans un deuxième temps, les phénomènes infectieux ayant disparu, scléroser les varices qui sont aux alentours de l'ulcère.

Les indications des injections sclérosantes étant posées, il faut également en connaître les contre-indications.

Contre-indications

Ce sont les contre-indications de la méthode sclérosante en général.

Elles sont générales et locales.

a) *Générales.* — Les cardiopathies décompensées — les hypertendus — les pléthoriques — un mauvais état général — les maladies de la nutrition (diabète, albuminurie) — les rénaux.

Chez la femme, la grossesse pour deux raisons : parce que les varices céderont souvent après l'accouchement et que la femme, par son hyperfibrinemie gravidique est exposée aux phlébites — l'allaitement — la menstruation — l'hyperthyroïdie.

b) *Locales.* — Elles sont très importantes :

— La phlébite profonde aiguë ou récente, par crainte du réveil d'un microbisme latent, mais surtout à cause de l'oblitération possible de la circulation de retour que l'on recherchera par l'épreuve du garrot ;

— Les artérites. Il faut en distinguer les signes cliniques principaux : douleurs à la marche, claudication intermittente, alors que le sujet porteur de varices souffre dans la station debout.

Enfin, il est des cas où l'on discute l'instauration du traitement.

— La périphlébite. Tous les auteurs sont d'accord pour attendre la disparition des phénomènes inflammatoires pour instaurer le traitement. — La périphlébite constitue une contre-indication temporaire.

— De même, le placard de dermite infectée.

— Le sujet ayant des œdèmes des membres inférieurs, s'il s'agit d'œdème malléolaire on éliminera les affections cardio-rénales qui constituent des contre-indications. S'il s'agit d'œdème total des membres inférieurs, il y a certainement gêne de la circulation profonde de retour. Il ne faut pas scléroser ces varices.

Conduite du traitement

1) *Examen du malade.* — C'est un des temps essentiels, il doit être fait avec minutie lors de la première rencontre avec le malade.

L'interrogatoire sera bref et précis. — Quelle est la date d'apparition des varices ? Quelles en sont les circonstances d'apparition : grossesse, maladies infectieuses, grippe, typhoïde ; n'y a-t-il pas eu phlébite ? Il faut savoir que certaines malades dissimulent volontairement cette affection.

Quels sont les troubles observés ? douleurs ; leurs caractères ? fourmillements, lourdeur dans les jambes, crampes. — Quel est l'âge et la profession du malade ?

En présence d'un sujet âgé, il est élémentaire de penser à sa tension artérielle et d'en noter les deux chiffres.

Enfin on demandera au malade de faire rechercher dans ses urines l'albumine et le sucre.

On étudiera plus particulièrement ensuite le système veineux du malade.

2) *Examen du système veineux du malade.* — Des différents tests qui ont été décrits à propos des varices, deux apparaissent comme essentiels dans l'étude du système veineux du malade, en vue d'injections sclérosantes : l'épreuve du garrot et le test de Schwartz.

a) Epreuve du garrot. — On place un lien élastique à la partie moyenne de la cuisse et le sujet fait alors quelques pas.

S'il y a amélioration de l'état des varices, c'est qu'il y a aspiration musculaire profonde et que la circulation veineuse profonde de retour est libre.

S'il y a aggravation de l'état des varices, avec un engorgement plus accentué, c'est qu'il y a un blocage plus ou moins marqué du système veineux profond.

Aucune modification de l'état des varices fait présumer un système veineux satisfaisant. Cette épreuve peut être faite à différents niveaux et permet d'évaluer l'état des vaisseaux communiquants entre le système veineux superficiel et profond, ainsi que l'état du système veineux profond.

b) Epreuve de Schwartz. — Le sujet étant étendu on donne une chiquenaude sur la saphène, et on regarde à jour frisant. On voit une onde qui se porte vers l'extrémité du membre, décelant ainsi le trajet d'une veine invisible ; cette ondulation montre que la segmentation de la colonne sanguine n'existe plus, et que les valvules ne cloisonnent plus.

L'épreuve est rendue plus précise de la manière suivante : on applique trois doigts le long de la veine, on imprime alors des petites secousses brusques que perçoit à la jambe un doigt récepteur.

Cette épreuve a une valeur très grande, car elle permet de déceler le trajet des varices responsables de troubles trophiques.

L'épreuve de Tredelenbourg ne présente pas d'intérêt direct pour les injections sclérosantes.

Il faut ensuite étudier la circulation artérielle du membre atteint.

3) *Examen du système artériel du malade.* — Il est nécessaire de se rendre compte de l'état de la pression artérielle au niveau des membres inférieurs, surtout chez les sujets âgés, pour deux raisons :

— parce que la distinction d'une douleur « variqueuse » et d'une douleur « artéritique » n'est pas toujours facile ;

— parce que les lésions d'artérite constituant une contre-indication des injections sclérosantes.

C'est pourquoi l'on peut pratiquer les épreuves suivantes :

a) Recherche de la pulsation de l'artère dorsale du pied ou de la tibiale postérieure derrière la malléole interne ;

b) Prise des oscillations avec l'appareil de Pachon ;

c) L'épreuve de l'histamine décrite par De Takats et Quint.

Une petite scarification est faite sur le dos du pied, sur laquelle on dépose une goutte d'histamine au 1/1.000^{e}, si une zone érythémateuse (c'est-à-dire un des éléments de la triade de Lewis, apparaît dans les 5 minutes qui suivent l'opération, c'est que le sang artériel circule dans le membre inférieur.

Technique des injections utilisables avec l'oléate de monoethanolamine

Différentes méthodes ont été proposées : deux employées le plus couramment, « veine pleine » et « veine vide » ; deux autres, dont une nouvelle méthode mixte et méthode de la jambe élevée.

Méthode de la veine pleine. — Le malade est debout les pieds reposant sur un tabouret. L'injection est facile, les varices sont saillantes — on peut utiliser un garrot que nous plaçons au-dessous du point à injecter afin de fixer la varice.

L'injection est facile, il y a peu de risques d'injection dans le tissu péri-veineux, mais la solution sclérosante à employer doit être plus grande qu'avec les autres méthodes par suite de la dilution du produit dans la masse sanguine. Le risque inflammatoire est donc plus grand : il est par ailleurs essentiel que la jambe reste au repos quelques instants ; l'immobilité absolue est difficile à obtenir chez le malade debout.

Méthode de la veine vide. — Le malade est couché sur un lit d'examen ou une table. La position est plus confortable, il a moins d'appréhension, les muscles sont relâchés, par contre la veine vide est plus difficile à injecter. Mais en fait, cette difficulté n'existe pas quand on a l'habitude des injections. Cette méthode réclame une quantité moins considérable de solution sclérosante.

La réaction périphlébitique est moins marquée.

Le thrombus formé est moins volumineux, les indurations moins grandes, l'immobilité complète du malade facile à obtenir.

Méthode mixte. — Le malade étant debout, on place un garrot à la racine du membre. Les veines sont gonflées et apparentes. Le malade est ensuite étendu sur un lit d'examen et l'aiguille enfoncée dans la veine. A ce moment on enlève le garrot et on refoule le sang par une pression ascendante vers la racine du membre, jusqu'à ce que le segment de veine situé au-dessus de l'aiguille paraisse vide ; l'injection est alors pratiquée.

Enfin une méthode préconisée récemment en Amérique par BELLIS et CHURNEY (1943) consiste à vider au préalable la varice par l'élévation du membre. Le malade étant assis, on met en place l'aiguille et la seringue sans rien injecter, puis on place la jambe sur le lit et on la soulève de 45° environ. On attend que la veine soit entièrement vide de sang avant de faire l'injection. On injecte ensuite. La jambe est maintenue dans cette position pendant 20 minutes ; un bandage est enroulé autour du membre pendant ce temps.

Après la séance le malade doit éviter de marcher. Par cette méthode, une seule injection suffit généralement pour sclérose une longue varice. Mais la réaction périphlébitique est souvent très marquée, et les douleurs sont vives.

Par quelle région faut-il commencer ? — La plupart des auteurs conseillent de commencer le traitement par les régions proximales. Cependant d'autres, se basant sur le fait que beaucoup de veines variqueuses ont un courant centrifuge commencent le traitement par les régions les plus rapprochées de la racine du membre. Les auteurs anglo-saxons préfèrent commencer par la région distale d'ailleurs absolument obligatoire lorsqu'on emploie la technique de BELLIS et CHURNEY.

Technique des injections

La technique est celle d'une injection intraveineuse. Signalons qu'il est capital d'avoir un bon matériel, sinon l'échec est à peu près certain. On opérera avec des aiguilles de 30 mm de long par exemple et de 6/10 de lumière.

L'injection sera faite lentement. Elle doit être indolore, n'entraîner aucune sensation de cuisson ou de brûlure, ne pas faire apparaître de boule d'œdème, la pression nécessaire pour vider la seringue doit être normale.

Quand l'injection est terminée, on fixe le point de pénétration par un tampon imbibé d'alcool, et l'aiguille est retirée. On peut obturer l'orifice par du collodion lorsqu'une large étendue a été sclérosée ou d'une manière systématique, on entoure le segment sclérosé d'un bandage en tissu élastique (crêpe velpeau) qui maintient la veine à peu près vide et

soulage le malade. On recommande au malade de s'abstenir d'exercices violents pendant 24 heures.

Pour les télangiectasies veineuses il faut rechercher la veine nutriciaire qu'il y a intérêt à scléroser en premier lieu.

Posologie

La dose d'oléate de monoethanolamine et le nombre d'injections varient avec chaque malade.

En général, il est recommandé :

— d'injecter seulement 1/2 cc à la première séance ;

— de ne pratiquer au maximum à chaque séance que 3 injections de 1 cc à 2 cc, faites de préférence en des points différents ;

— de ne pas dépasser le volume total de 5 cc par séance.

On laissera un intervalle de 8 jours entre chaque séance.

CINQUIEME CHAPITRE

RESULTATS OBTENUS AVEC L'OLEATE DE MONOETHANOLAMINE DANS LA SCLEROSE DES VARICES

L'oléate de monoethanolamine est employé depuis 2 ans dans différents services spécialisés des hôpitaux de Paris. Il nous a été donné d'assister à de nombreuses séances. Nous devons à l'obligeance du Dr ARAUD la communication de certains cas intéressants et au Dr Tessler une statistique.

Dans une communication faite à la Société de Dermatologie par MM. SIDI et TESSLER, au sujet de l'oléate de monoethanolamine, nous relevons les extraits suivants que nous avons déjà développés :

L'oléate de monoethanolamine :

— déclenche très rarement des veinites extensives, fréquentes avec d'autres produits ;

— ne donne pas d'escarre en injection extravariqueuse ;

— ne donne pas de réactions plus violentes par temps chaud ;

— sa teinte claire laisse voir facilement le reflux sanguin ;

— sa consistance fluide permet l'emploi d'aiguilles fines ;

— l'expérience semble confirmer qu'il constitue un progrès intéressant dans le traitement sclérosant des varices ;

— 57 malades sont ensuite relevés sur une statistique, les malades ont reçu 5 injections en moyenne d'oléate de monoethanolamine. Ces 5 injections ont suffit à obtenir la sclérose complète. La présentation du tableau suivant montre le nombre de succès, échecs, cas douteux, accidents rapportés au nombre d'injections :

Malades	*Nombre d'injections*	*Succès*	*Echecs*	*Douteux*	*Accidents*
9	29	18	3	8	
12	63	43	6	14	
28	130	90	12	28	néant
8	56	35	8	13	
57	278	186	29	63	

Le nombre d'accidents constatés a été nul. — Ces résultats rejoignent les publications de Glaser, qui n'a observé aucun incident avec 550 injections.

Ces résultats montrent que le nombre d'échecs est minime.

On peut donc dire, en combinant les résultats des statistiques de Meyer que nous avons donnés au début de ce travail et celles de Tessler, que l'oléate de monoethanolamine demande en moyenne cinq injections de 2 cm^3 dans les cas moyens, beaucoup plus dans les très grosses varices ou dans les récidives, ainsi que nous le verrons plus loin.

Dans 9 cas sur 10, l'injection est efficace. On obtient avec une injection de 2 cm^3 une sclérose de 5 cm de longueur environ.

Nous nous proposons pour terminer cet exposé de citer quelques observations intéressantes : deux concernant les cas faciles, pour lesquels la posologie indiquée ci-dessus convient parfaitement.

Madame B. Huguette, 23 ans. — Gros paquet variqueux au

mollet gauche — grosse varice à la face interne du genou droit.

Traitée en juin 1946 par 6 injections d'oléate de monoethanolamine de 1/2 à 1 cm³.

Guérison obtenue le 15 juillet 1946 après ces 6 injections pratiquées sans avoir provoqué de réaction.

Monsieur M... Maurice, 40 ans. — De très gros paquets variqueux, l'un gros comme la moitié d'une orange face interne de la cuisse droite, l'autre gros comme un poing d'enfant au 1/3 inférieur face interne jambe gauche.

Du 14 avril 1947 au 14 juillet 1947, traités par 5 injections de 2 cm³, de monoethanolamine à chacun des 2 paquets variqueux. A fin Juillet, disparition de ces paquets variqueux et sclérose des varices. — Aucun changement à ce jour (décembre 1947).

D'autres observations intéressent les récidives aux autres agents sclérosants. — Il faut dans ce cas un plus grand nombre d'injections.

Madame B..., 48 ans. — De juin à septembre 1946.

Très grosses varices des deux membres inférieurs (cuisse et jambe des deux côtés) traitées par 14 injections de salicylate (5 cm³ de 20 à 30 % progressivement) ; sclérose obtenue le 30 septembre 1946.

Récidive importante aux 2 jambes en mai 1947.

Traitée par l'oléate de monoethanolamine (10 injections de 0 cc 5 à 2 cm³) ; sclérose terminée le 13 juin 1947 et consolidée à ce jour.

VOICI UNE OBSERVATION DANS LAQUELLE TOUS LES SCLÉROSANTS HABITUELS ONT ÉCHOUÉ :

Monsieur Q... André, 50 ans. — Enormes varices du membre inférieur gauche de la cuisse, de la saphène au pied. A la cuisse la saphène est extrêmement tortueuse, présentant sur tout son trajet un diamètre de plus de 3 cm.

Sur la jambe, au mollet, à la face interne de la jambe gauche : énorme paquet variqueux de 15 cm de hauteur sur 10 à 12 cm de large et épais d'environ 3 cm ; petites varices à la jambe droite.

En mai 1945, traitées par le salicylate. - - Dès la 4e injection on atteint la dose de 5 cm³ à 40 %.

Cette dose de 5 cm³ à 40 % a été employée en raison de la grosseur des varices, au total 12 injections de salicylate à 40 %.

Résultat minime.

On essaye la quinine (2 cm³ à 20 %) mal tolérée : vertiges, troubles oculaires. On revient au salicylate à haute dose, tantôt à la cuisse, tantôt à la jambe (12 injections de 5 cm³ à 40 %).

En novembre 1946, traitement par l'oléate de monoethanolamine à la dose de 1 à 5 cm³ progressivement, en injectant alternativement au mollet et à la cuisse.

Au total, 25 injections de 1 à 5 cm³.

Aucune réaction locale ni générale — actuellement sclérose terminée et consolidée.

La saphène encore perméable ne présente plus qu'un grand diamètre inférieur à 1 cm.

Nous voudrions enfin présenter une observation où s'est manifestée une réaction douloureuse ayant cédé peu de jours après.

Ceci pour montrer l'intérêt qu'il y a d'étudier la susceptibilité veineuse du malade avant d'entreprendre le traitement sclérosant.

Madame O..., 60 ans. — Très grosses varices du membre inférieur droit de la cuisse de la saphène à la face dorsale du pied.

Varices moins importantes à gauche — jambes lourdes et crampes douloureuses la nuit. La malade ne peut circuler qu'avec des bas à varices. Les premières injections d'oléate de monoethanolamine sont faites progressivement de 1/2 cm³, 3/4 cm³, puis 1 cm³, dans une saphène à droite plus grosse que le pouce.

Après la troisième injection, forte réaction sur la saphène qui est dure et douloureuse sur une longueur de 15 cm environ.

Arrêt du traitement 15 jours, puis reprise d'injections tantôt à la jambe droite, tantôt à la jambe gauche sans dépasser 1 cm^3.

Le 3 décembre 1947, sclérose complète des varices des deux jambes. La malade ne ressent plus de crampes et peut circuler sans bas à varices.

Les résultats obtenus avec ce nouveau sclérosant variqueux paraissent excellents, au moins égaux à ceux observés avec la solution de quinine urée dont il ne présente pas les dangers, supérieurs semble-t-il à ceux du salicylate de soude.

CONCLUSIONS

Dans cette contribution à l'étude de nouvelles «médications sclérosantes» nous avons voulu apporter quelques renseignements sur de nouveaux agents sclérosants employés couramment dans les pays anglo-saxons.

La solution phéniquée huileuse à 5 % dans le domaine des hémorroïdes ne constitue pas une innovation, puisque BENSAUDE l'employait avec succès en 1927. — Cependant nous avons pensé qu'il serait utile de participer à sa rénovation grâce à l'expérience de un an et demi qu'il nous a été permis de contrôler.

A la lecture des résultats obtenus il nous apparaît que l'expérience doit être tentée à l'aide de ce produit chimique dont se servent quotidiennement les médecins anglo-saxons.

L'oléate de monoethanolamine dans le domaine des varices constitue une innovation. C'est un sel d'acide gras de formule chimique connue, aux propriétés physiques et chimiques parfaitement étudiées et qui présente un avantage énorme sur les autres solutions salines d'acide gras comme le morrhuate de soude dont on n'a pu débrouiller la complexité chimique. Son usage est déjà répandu actuellement en France. De nombreux médecins demandent chaque jour des précisions sur ce nouveau corps chimique. Espérons qu'ils désirent se reporter à notre travail, les contenter et encourager ceux qui hésiteraient.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris :
SARRAILH

Vu : *Le Doyen de la Faculté de Médecine :*
Léon BINET

Vu : *Le Président de thèse :*
L. JUSTIN-BESANÇON

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON H.-G. — *The treatment of hemorroids by submucous injections of chemicals* (*British Med. J.*, 2, 100).

BENSAUDE. — *Les hémorroïdes et leur traitement.*

BIEGELSEN M.-I. — *Fatty acids solutions for the injection of varicose veins* (*Ann. Surg.*, 1937, 105).

FOOTES. — *Varicose veins hemorroids and other conditions* (*The treatment by injection*).

Gabriel AUB, 1931. — *The treatment of hemorroids* (*Practitioner*, 126, 114).

GERSON. — *Les varices, leurs associations.*

GLASER. — *A new sclerosing drug for varicose veins* (*Amer. J. Surg.*, 1938, 40, 628).

HAYES H.-T. 1933. — *The treatment of hemorroids with injection and surgery* (*Texas st. J. Med.* 29, 340).

MEYER N.-N. — *Mono-ethanolamine-oléate a new chemical for the obliteration of varicose veins* (*Amer. J. Surg.*, 1938, 40, 628).

SICARD. — *Le traitement des varices par les injections sclérosantes locales.*

TRUMAN S.-R. — *Mono-ethanolamine* (*monolate*) *an experiment on its antigenic properties* (*J. Lab. Clin. Med.*, 1947, 27, 586).

WRIGHT A.-D. — *Treatment of varicose veins* (*Brit. Med. J.*, 20 avril 1940, 1, 665).

Sidi E. TESSLER. — *Traitement sclérosant des varices par l'oléate de monoethanolamine* (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 1, janvier-février 1948, p. 1).

AUXERRE. — IMP. TRIDON-GALLOT, 47, *rue de Paris*